附件2

社区托老照料机构床位运营补贴申请表

照料机构名称： 现有托老床位数： 入住人数： 服务人次：

地址： 区 街道

填表日期： 年 月 日 填表人：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务对象姓名 | 身份证号 | 联系电话 | 入住时间 | 入住房间号（或床位号） | 补贴金额 | 缴费票据或凭证 |
| 1 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 2 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 3 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 4 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 5 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 6 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 7 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 8 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 9 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 10 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 11 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 12 |  |  |  | 自 月 日至 月 日 |  |  |  |
| 申请补贴金额合计： |

说明：1.服务人次：1张托老床位月服务达18日以上的计算为1人次；

 2.交费票据或填写“有”或划“√”；将相关票据、凭证复印件按序号装订成册，一并提交。

盖章（签名）： 年 月 日